



Псориаз

Доклад Секретариата

1. Данный доклад подготовлен в качестве основы для обсуждения темы псориаза и содержит информацию о распространенности, этиологии, естественной истории болезни, качестве жизни, обусловленном состоянии здоровья пациентов, диагностике, лечении, необходимых научных исследованиях и последствиях для медико-санитарных служб, а также о мероприятиях на страновом уровне, которые могут способствовать укреплению медицинской помощи больным псориазом.

Характеристики псориаза

2. Псориаз — неинфекционное заболевание, которое проявляется в виде хронического воспаления кожи. Характерным признаком псориаза является возникновение четко отграниченных от здоровой кожи красных шелушащихся папул размером с монету с локализацией поражений преимущественно на коже локтевых и коленных суставов, рук, ступней и волосистой части головы. К симптомам относятся зуд, раздражение, жжение и боль. В редких случаях пораженным оказывается весь кожный покров; в такой особо тяжелой форме псориаз может привести к летальному исходу, поскольку острое воспаление и шелушение кожи могут вызвать нарушение ее терморегулирующей и барьерной функций.

3. Приблизительно у 10% людей, страдающих псориазом, развивается артрит, поражающий суставы рук, ступней, запястий, голеностопные суставы, а также шейный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника. В некоторых случаях происходит деформация суставов, что влечет за собой стойкую утрату трудоспособности. Возможно поражение ногтей пальцев ног и рук, сопровождающееся шелушением, образованием наростов, а также обезображивающим отторжением ногтевых пластинок.

4. При псориазе пораженным оказывается не только кожный покров. Течение умеренной или тяжелой форм псориаза может осложняться различными коморбидными патологиями. В частности, у людей, страдающих псориазом, отмечается повышенный относительный риск ишемической болезни сердца, инсульта, гипертонической болезни, дислипидемии, диабета и болезни Крона. Повышенная частота случаев гипертонической болезни и диабета может отчасти объяснять отмеченный в обширных популяционных когортных исследованиях более высокий риск инфарктов, инсультов и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, страдающих псориазом в тяжелой форме.

5. Проявления псориаза могут привести к изменению поведения больных, следствием чего может стать ожирение, повышенное потребление алкоголя и табака. Есть предположения о том, что курение провоцирует проявления псориаза, тогда как ожирение представляется скорее результатом изменения поведения больного как реакции на патологическое состояние. Отмеченная связь между алкоголизмом и псориазом, возможно, объясняется психологическим стрессом, связанным с заболеванием.

Распространенность псориаза

6. Распространенность псориаза в мире составляет около 2%, однако по данным ряда исследований в развитых странах этот показатель выше и достигает в среднем 4,6%¹. Примерно у двух третей больных псориазом заболевание протекает в легкой форме с поражением менее 3% поверхности кожи. У остальных поражение кожи носит более обширный характер.

Естественная история болезни

7. Приблизительно у трех четвертей пациентов псориаз возникает в возрасте до 40 лет. У трети больных первые проявления отмечаются до 20-летнего возраста. Распространенность псориаза среди детей составляет 0,7%. Как правило, болезнь протекает как хроническое заболевание с чередующимися периодами ремиссий и обострений. Тем не менее, возможны периоды полной ремиссии, и в небольшом числе случаев наблюдаются ремиссии продолжительностью пять и более лет.

Этиология

8. Причины возникновения псориаза до конца не выяснены. По-видимому, роль в патогенезе болезни играют аномальное образование кератина, эпидемиальная пролиферация, активация иммунной системы и наследственные факторы. Повышенная частота случаев возникновения псориаза может наблюдаться среди членов одной семьи. Если псориазом страдают оба родителя, риск возникновения заболевания у ребенка составляет 41%, если один из родителей — 14%, если брат или сестра — 6%.

9. У лиц с генетической предрасположенностью к псориазу начало развития заболевания может быть вызвано как экзогенными, так и системными факторами. Приблизительно у четверти людей, страдающих псориазом, поражения кожи были спровоцированы повреждениями кожного покрова. Псориазические поражения кожи также могут быть спровоцированы солнечными ожогами или кожными заболеваниями. Кроме того, фактором, способствующим развитию псориаза, может стать психогенный стресс. При этом первые проявления или обострения заболевания могут иметь место через несколько недель или месяцев после вызвавшего стресс события.

10. Приблизительно в 45% случаев начало болезни или ее обострения провоцируются бактериальными инфекциями. Самым распространенным провоцирующим фактором

¹ Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, the Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 2013, **133**:377-385.

является фарингит, однако зубные абсцессы и кожные инфекции также могут вызвать начало заболевания. Инфицирование ВИЧ-инфекцией также может привести к обострению псориаза; у ВИЧ-инфицированных пациентов псориаз более устойчив к лечению и чаще сопровождается артритом.

11. Известно, что псориаз может быть спровоцирован приемом ряда лекарственных препаратов, таких как соли лития, интерферон, бета-адреноблокаторы и антималярийные вещества. Аналогичные последствия может вызывать резкое прекращение приема кортикостероидов.

Влияние на качество жизни, обусловленное состоянием здоровья

12. По влиянию на качество жизни, обусловленное состоянием здоровья, псориаз сопоставим с другими неинфекционными заболеваниями. В зависимости от степени тяжести и локализации поражений больные могут испытывать значительный физический дискомфорт или утрату трудоспособности. Зуд и боль могут мешать отправлению основных потребностей и сну. Поражения кожи рук могут препятствовать осуществлению некоторых видов профессиональной деятельности, занятиям спортом и уходу за членами семьи.

13. Люди, болеющие псориазом, могут переживать чувство стыда в связи с внешними проявлениями болезни и страдать от низкой самооценки, вызванной боязнью общественного неприятия и страхами психосексуального характера. Нередко больные псориазом испытывают существенные психологические страдания, особенно если они сталкиваются с общественным осуждением, которое может выражаться в дискриминации при найме на работу и в социальной изоляции больного. Согласно множеству исследований, депрессия и состояние тревожности у людей, больных псориазом, наблюдаются чаще, чем в целом в популяции. Эпидемиологические исследования показывают, что вероятность развития психиатрических расстройств у детей, болеющих псориазом, выше, чем у детей, не страдающих от этого заболевания.

Диагностика и ведение случаев псориаза

14. Как правило, псориаз диагностируется по наличию характерных поражений кожи. Специального анализа крови на псориаз или особых диагностических процедур не существует. В редких случаях, чтобы исключить прочие патологии и подтвердить диагноз, может понадобиться проведение биопсии кожи или взятие соскоба.

15. Лекарств, позволяющих добиться полного излечения от псориаза, на сегодняшний день не существует, и применяемые виды терапии направлены на облегчение проявлений и симптомов заболевания и на изменение его естественного течения. Существует спектр средств местной и системной терапии, таких как аналоги витамина D₃, кортикостероиды, деготь, дитранол, фототерапия, метотрексат, циклоспорин, системные ретиноиды и биологические препараты. Как правило, для лечения мягких форм псориаза применяются препараты местного действия, для умеренных форм — фототерапия, для тяжелых форм — препараты системного действия.

16. Ведение больных псориазом заключается в лечении не только пораженных

участков кожи, но и сопутствующих патологий. Специалисты здравоохранения должны быть осведомлены о вероятности их возникновения для своевременной диагностики, а также для ведения больных псориазом с учетом возможного влияния терапии на развитие коморбидных состояний. Следует проводить скрининг пациентов, страдающих тяжелыми формами псориаза, на предмет выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и предоставлять им соответствующие услуги по консультированию и лечению. Важными составляющими медицинской помощи является обеспечение перехода больных к здоровому режиму питания и надлежащему уровню физической активности, а также борьба с прочими факторами риска, включая избыточный вес. Недавние исследования показали, что снижение массы тела может способствовать повышению эффективности лечения псориаза.

17. В рамках долгосрочного ведения больных псориазом лечение должно носить индивидуальный характер. Подбор терапевтических средств должен выполняться с учетом стадии развития патологии, восприятия пациентом степени тяжести болезни, а также потенциальных побочных эффектов отдельных видов лечения. Заслуживает внимания тот факт, что, согласно опросам пациентов, страдающих псориазом, значительное число больных находится в состоянии отчаяния ввиду неэффективности получаемого ими лечения, и их потребности в медицинском обслуживании остаются не удовлетворенными по причине отсутствия у большинства пациентов доступа к долгосрочным решениям по борьбе с псориазом.

Необходимость проведения научных исследований

18. Необходимы дополнительные научные исследования, направленные на изучение патогенеза псориаза, создание новых видов терапии, изучения причин коморбидности и ее последствий для лечения и ведения больных псориазом.

Последствия для медико-санитарных служб

19. Мероприятия по ведению случаев псориаза должны быть составной частью первичной медико-санитарной помощи. Предоставляемое медицинское обслуживание должно быть комплексным и включать в себя оказание наиболее качественной медицинской помощи, медико-санитарное просвещение и консультирование пациентов, а также предлагать различные варианты лечения. В зависимости от потенциала медико-санитарных служб стран эти услуги должны оказываться не только в рамках первичной медицинской помощи, но и с привлечением дерматологов и соответствующих специализированных служб вторичной и третичной медицинской помощи.

20. Среди пациентов, страдающих псориазом, как и среди многих больных другими неинфекционными заболеваниями, нередко случаи развития коморбидных патологий, что создает потребность в комплексном медицинском обслуживании. Важно найти золотую середину и определить, в какой степени медицинскую помощь должны оказывать врачи общего профиля, способные в рамках одной консультации решать широкий спектр проблем, а в какой — широкий круг специалистов, осуществляющих совместное ведение больных псориазом.

21. Ключевым аспектом ведения всех неинфекционных заболеваний, включая псориаз, является серьезный программный и многопрофильный подход, включающий в себя координацию медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами и другими работниками здравоохранения, а также учет потребностей и предпочтений пациентов. Секретариат может сыграть важную роль в выработке эффективных подходов для включения мероприятий по ведению больных псориазом в деятельность служб, ответственных за работу с пациентами с неинфекционными заболеваниями, на всех уровнях медико-санитарной помощи.

Возможные мероприятия по укреплению медицинского обслуживания больных псориазом

22. Ряд действий на уровне стран могут способствовать развитию и укреплению служб по оказанию медицинской помощи людям, страдающим псориазом. Многие из таких служб и мероприятий по ведению больных псориазом уже сегодня могут быть организованы в странах с низким и средним доходом; дополнительные меры могут приниматься, исходя из потребностей и имеющихся ресурсов.

23. К основным мероприятиям по повышению уровня медицинского обслуживания больных псориазом относятся:

- (a) обеспечение приверженности лиц, определяющих политику, и предоставление адекватной управленческой поддержки;
- (b) расширение доступа к медицинскому обслуживанию и основным лекарственным средствам для лечения псориаза;
- (c) обучение и профессиональная подготовка работников здравоохранения, в частности, занятых в службах первичной медицинской помощи;
- (d) создание основной сети дерматологов и других профильных специалистов и обеспечение возможности расширения этой сети в случае необходимости;
- (e) проведение для больных псориазом мероприятий медико-санитарного просвещения, консультирования и программ обучения самопомощи;
- (f) создание эффективных механизмов, которые могли бы способствовать развитию организаций, оказывающих поддержку больным псориазом и их семьям.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

24. Исполнительному комитету предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =